



Parcours de santé
et
dynamique territoriale
en Haute-Normandie

Guide

23 mars 2015



Agence LH conseil

Référents

ARS Haute-Normandie

Christelle GOUGEON
Corinne LEROY
Pôle prévention et promotion de la santé
Direction de la santé publique
02 32 18 26 90
corinne.leroy@ars.sante.fr

Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé

Marion BOUCHER-LE BRAS, directrice IREPS Haute-Normandie
Marion GALMICHE, chargée de projets
IREPS - Pôle Régional des Savoirs - Rouen
02 32 18 07 60
marion.boucher@ireps-hn.org

Agence LH conseil

Luc HINCELIN, Lionel EUSTACHE
Consultants en santé publique
Agence LH conseil
03 20 95 98 37
lhconseil59@aol.com
www.lh-conseil.fr

Parcours de santé & dynamique territoriale en Haute-Normandie

Sommaire

Boite à outils

1. LES CONSTATS : RETOURS SUR LES ATTENTES

Les trois premières séquences ont abordé la question des représentations, le positionnement des professionnels de santé, le positionnement des collectivités territoriales. Avec les personnes invitées à s'exprimer au regard de leurs pratiques professionnelles, elles ont permis de mieux appréhender le contexte territorial (les freins, les atouts, les leviers, les postures différentes...).

Mais ces échanges semblent trouver leurs limites : peu de réponses opérationnelles, difficultés pour les coordonnateurs à se situer plus concrètement dans le parcours de santé.

> ***Rappel des objectifs du séminaire***
>
> *Permettre à chaque participant de :*
> - *s'approprier l'ensemble des questions liées au parcours de santé*
> - *repérer les clefs pour mieux le comprendre*
> - *s'outiller pour faciliter les articulations prévention/soin*
> - *favoriser des projets communs entre différents champs d'intervention au sein de futures dynamiques partenariales*

Les participants souhaitent davantage de formalisation vis-à-vis des approches possibles relatives au parcours de santé.

Des questionnements et réflexions se précisent :

- Quelle définition du parcours de santé retenir ?
- Quel rôle précis des coordinations vis-à-vis du parcours de santé ?
- Quel argumentaire promouvoir auprès des élus ?
- Quelle légitimité pour porter ces réflexions au sein des territoires ?
- Quels objectifs à poursuivre centrés sur le parcours de santé ?
- Quelle méthode est-il possible de développer ?
- Quel cheminement pour les coordonnateurs ?
- Comment évaluer les processus engagés ?

Juxtaposé à ces questions, il est relevé le positionnement professionnel propice à l'innovation. Au regard de ce positionnement, les **coordonnateurs** ne se situent pas dans des processus d'organisation spécialisés par rapport au parcours de santé. Ils conservent une place généraliste, en interface avec les multiples et différents champs d'intervention.

La **valeur ajoutée de leurs missions** portent sur une maîtrise globale de l'organisation du territoire et sur un éventail d'expertises importantes :

- une faculté à rassembler les éléments de diagnostic
- une approche privilégiée par les déterminants de santé
- la connaissance de l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire
- une proximité avec les acteurs, les habitants,
- une interaction continue avec les élus et techniciens
- une vision et appropriation du projet régional de santé et de ses schémas
- des compétences méthodologiques reconnues

Cette valeur ajoutée est alors un atout pour conforter les actuelles réflexions, les interactions et modes d'action liées au parcours de santé.

Ce guide reprend les différents points à développer :

- **Mieux définir les appellations et contenus du parcours de santé**
- **Asseoir la légitimité du coordonnateur à appréhender et investir cette approche**
- **Centrer la valeur ajoutée de son positionnement à partir de ce qu'il sait déjà faire**
- **Dérouler une méthode à engager sur le territoire**
- **Exploiter de nouvelles pratiques basées sur des exemples issus de la région ou d'ailleurs**

2. PARCOURS DE SANTE : DEFINITIONS EN ACTION

Le parcours de santé : de quoi parle-t-on ?

Sans éclipser la notion de parcours de soins, les termes de parcours de santé et de parcours de vie sont progressivement apparus à la fin des années 2000 et surtout depuis 2010. De nombreuses définitions ont été élaborées par les différentes administrations et lors de manifestations organisées au niveau national et régional.

Force est de constater que les multiples définitions proposées rendent parfois complexe l'appréhension du parcours de santé. Elles ont toutefois en commun d'insister sur la nécessité d'appréhender le système de santé de manière dynamique et englobante, c'est-à-dire comprenant, outre la partie sanitaire, toutes les interventions réalisées dans le milieu de vie des personnes.

La séance de travail portant sur les textes et les fondements a mis en avant cette difficulté de stabiliser une définition définitive. Dans les débats qui ont suivi, plusieurs définitions ont retenu l'attention des participants.

Il nous faut revenir sur une proposition de définition qui fasse consensus, qui contribue à éclairer le débat et qui confirme la légitimité du coordonnateur. Une définition validée doit servir en effet son argumentaire.

Au préalable, plusieurs éléments fondateurs sont utiles à considérer.

Des éléments préalables



Prendre en compte le parcours de santé

Prendre en compte le parcours de santé suppose de mener une large palette d'actions publiques. Il s'agit d'appréhender la natalité, la parentalité, la vie au domicile, les épisodes de soins et de mener tout ce temps durant des actions de prévention, d'éducation à la santé et d'accompagnement.

Etats généraux de la santé en régions. Bourgogne 2012

Histoire et évolution du système de santé

Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus.

Portail des ARS

Parcours de vie

La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie ; personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Cette notion interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social, médico-social, ressources…).

Utilisé dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), le parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

CNSA – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Les points de rupture

Au parcours de soins, défini de façon restreinte, s'opposent généralement les parcours de santé et de vie, qui englobent le premier. Les points de rupture du parcours sont conçus à la fois comme des moments difficiles à vivre pour la personne et l'entourage, et comme des problèmes à résoudre pour les professionnels de première ligne et les pouvoirs publics, problèmes résultant du cloisonnement des différents secteurs d'intervention

Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Ed Dunod

Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé

Les éléments constituant le « Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France » peuvent être repris comme mesures invariantes dans tout parcours de santé : le travail en intersectorialité, le développement du partenariat entre recherche et intervention, soutenir méthodologiquement les acteurs et les élus, organiser le partage d'expériences efficaces ou innovantes, favoriser l'observation pérenne et harmonisée des inégalités de santé.
Quels que soient les modes de vie, le parcours de santé croise l'ensemble des déterminants comme l'éducation, le logement, l'environnement, la nutrition, le revenu, le transport ou les liens sociaux…

EHESP

Périmètre

Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'Etat et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

ARS Ile-de-France

Parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie : quelles différences ?

Parcours de soin : privilégie la vision sanitaire
Parcours de santé : transversalise l'approche prévention, sanitaire et médico sociale
Parcours de vie : introduit l'intersectorialité et prend en compte les déterminants
Du parcours de soin au parcours de vie…une démarche qui ne peut être que globalisante

Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

Coopération entre champs et proximité entre acteurs

Le parcours de santé s'appuie sur la coopération entre la prévention, le soin, le médico-social et le social. Il doit permettre l'amélioration de la qualité de vie en favorisant une continuité dans l'accompagnement de la personne. La proximité est un élément indispensable à l'efficience du parcours de santé.

Séminaire Parcours de santé et dynamique territoriale. Haute-Normandie novembre 2014.
Production de groupe

Choisir sa définition

Plusieurs définitions peuvent retenir l'attention des coordonnateurs et croiser leurs préoccupations. Pour chacune d'entre elles, un ensemble de mots clefs souligne ses aspects les plus significatifs.

Définition 1

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population, on peut repérer et organiser des typologies de parcours à priori.

ARS Ile-de-France

Les mots-clefs

Trajectoire globale Individu Choix Action coordonnée Déterminants de santé Typologies de parcours

Définition 2

Le parcours de santé peut être défini comme l'ensemble des services médicaux et sociaux qui doivent être proposés, au bon moment, à un usager pour le maintenir en bonne santé: des étapes, une concertation, un trajet, une gradation des prises en charges, une diversité des secteurs professionnels sollicités et une coordination…

ARS Ile-de-France

Les mots-clefs

Bon moment Usager Bonne santé Trajet Gradation Diversité Coordination

Définition 3

Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico- social et le social. ARS Bretagne

Les mots-clefs

Etapes Cheminement Sujet Système organisé Temps Espace Déterminants de santé Articulation

Définition 4

Résultat de prestations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes dans le cadre de dépenses maitrisées. Leur organisation découle du travail quotidien des acteurs au sein d'organisations locales ou territoriales. Ceci suppose l'évolution des pratiques de soins et le renforcement ou l'émergence de nouvelles organisations centrées sur le travail pluriprofessionnel.

HAS

Les mots-clefs

Prestations Dépenses maitrisées Besoins de soin Organisation Evolution des pratiques Travail pluriprofessionnel



Zoom sur…

Quelles sont les qualités d'un parcours de santé ?

Un parcours qui commence par la prévention

- Un bon parcours de santé, c'est d'abord rester en bonne santé : la prévention et la promotion de la santé doivent être revalorisées.

COMMENT BIEN SE LAVER LES MAINS

PRÉVENTION

Un parcours qui est aussi un parcours de vie

- Tous les Franciliens doivent trouver auprès du système de santé un respect intégral de leur personne, de leurs droits, de leurs préférences et de leurs projets. L'insertion sociale, scolaire ou professionnelle, le maintien à domicile, les liens avec l'entourage et les aidants sont autant d'éléments qui permettent au parcours du patient de rester un parcours de vie.

Un parcours lisible

- Tous les Franciliens doivent avoir accès à l'information nécessaire pour être correctement orientés : quand se rendre aux urgences ? Comment bénéficier de conseils de prévention ? Quand se faire dépister ? Qui consulter ? Comment se faire aider pour rester à la maison malgré un handicap ? Etc.

URGENCES

H

Un parcours fluide et coordonné

- Un parcours de santé est fait d'étapes successives : de l'information au dépistage, du dépistage aux soins, des soins jusqu'au retour à domicile, etc. Chaque rupture dans ce parcours est néfaste pour l'usager. Les synergies entre les acteurs successifs sont la clé d'un parcours de qualité.

Un parcours accessible

- Tous les Franciliens doivent pouvoir trouver facilement un acteur de santé, capable de les prendre en charge, et qui soit :
  - près de chez lui : la question des déserts médicaux est une priorité ;
  - disponible même pour des besoins non programmés : que faire le soir et le week-end lorsqu'on a besoin de soins ?
  - financièrement accessible.

ARS Ile-de-France

Un parcours qui commence par la prévention

Un bon parcours de santé, c'est d'abord rester en bonne santé : la prévention et la promotion de la santé doivent être revalorisées.

Un parcours qui est aussi un parcours de vie

Tous les Franciliens doivent trouver auprès du système de santé un respect intégral de leur personne, de leurs droits, de leurs préférences et de leurs projets. L'insertion sociale, scolaire ou professionnelle, le maintien à domicile, les liens avec l'entourage et les aidants sont autant d'éléments qui permettent au parcours du patient de rester un parcours de vie.

Un parcours lisible

Tous les Franciliens doivent avoir accès à l'information nécessaire pour être correctement orientés : quand se rendre aux urgences ? Comment bénéficier de conseils de prévention ? Quand se faire dépister ? Qui consulter ? Comment se faire aider pour rester à la maison malgré un handicap ?

Un parcours accessible

Tous les Franciliens doivent pouvoir trouver facilement un acteur de santé, capable de les prendre en charge, et qui soit près de chez lui : la question des déserts médicaux est une priorité ; disponible même pour des besoins non programmés : que faire le soir et le week-end lorsqu'on a besoin de soins ? Financièrement accessible.

Un parcours fluide et coordonné

Un parcours de santé est fait d'étapes successives : de l'information au dépistage, du dépistage aux soins, des soins jusqu'au retour à domicile. Chaque rupture dans ce parcours est néfaste pour l'usager. Les synergies entre les acteurs successifs sont la clé d'un parcours de qualité.

3. LA LEGITIMITE DU COORDONNATEUR

La question de la légitimité est importante

Le paradigme parcours de santé est encore récent, peu stabilisé, utilisé par un nombre conséquent d'acteurs et de partenaires, se croisant avec la notion de parcours de soin et de parcours de vie.

Pourtant, le parcours de santé est investi pleinement par les coordonnateurs, de par leur légitimité professionnelle inscrite dans divers cadres : Agence régionale de santé, collectivités territoriales, établissements hospitaliers. Surtout, la légitimité du coordonnateur se traduit par sa capacité à gérer la **complexité territoriale.**

La mise en œuvre minimale du parcours de santé, à savoir faciliter les coopérations entre les champs d'intervention, prend tout son sens pour les coordinations locales : elles sont en position d'impulser des modes opératoires, à la fois à des niveaux stratégiques et de mise en action. Sont ici fortement soulignées les dimensions de proposition, d'expérimentation, d'évaluation et de modélisation.

Des fonctions d'appui, des supports techniques

Par leur ancrage, les coordonnateurs bénéficient d'une réelle légitimité à agir, **et disposent d'appui et de supports techniques**. Cette palette de supports (Cf. outil Les appuis disponibles) favorise l'intégration et l'implication du coordonnateur dans une diversité de dynamiques territoriales.

Une connaissance des postures partenariales

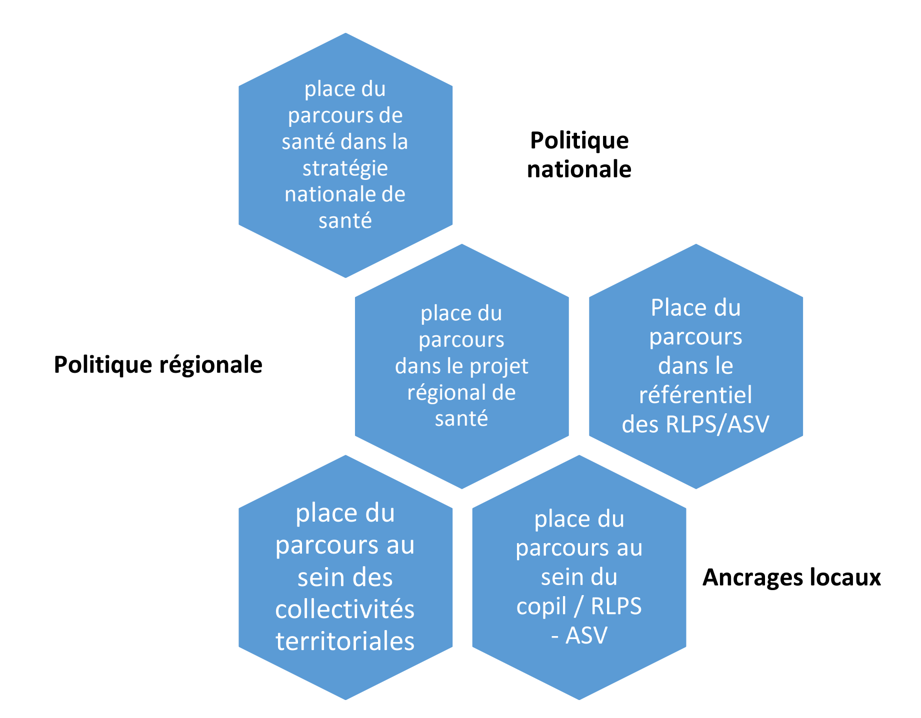
La connaissance interne des postures partenariales favorise l'innovation, l'initiative, les rapprochements collaboratifs et/ou coopératifs au sein du territoire : cette liberté d'organisation apparaît nécessaire, attendue, soutenue par les institutions et les acteurs et apporte au parcours de santé ces interactions espérées entre les champs politiques, institutionnels, sanitaires et sociaux.

Par ailleurs, le coordonnateur est en capacité de relier des coordinations souvent spécialisées avec **des stratégies d'intervention originales** (lien avec les habitants, les élus, les structures sociales de proximité, l'Education nationale, les équipes du Conseil général…).

En Haute-Normandie ?

Rencontrée rarement ailleurs, la position d'interface des coordonnateurs est un atout pour appréhender le parcours de santé à différentes échelles.

La légitimité du coordonnateur s'adosse, selon les niveaux (national, régional, territorial) sur un ensemble de textes et supports qu'il s'agit d'identifier. Stratégie nationale de santé, projet régional de santé, référentiel, gouvernance territoriale (copil) en sont les repères essentiels.



4. LE POSITIONNEMENT DU COORDONNATEUR

La valeur ajoutée des RLPS et des ASV réside dans le fait qu'ils interviennent en continu sur les trois entrées d'acteurs présentées ci-dessous. Au-delà de la maitrise des enjeux et orientations de santé publique, les coordinations ont une connaissance précise de ces différents acteurs et sont en capacité d'apprécier les interactions existantes, qu'elles soient productrices de liens ou de ruptures dans le parcours de santé.

Cette proximité avec les acteurs doit favoriser la mise en lumière des atouts et des dysfonctionnements et aider à la mise en place de réponses concrètes.

Le parcours de santé renvoie à **des enjeux de continuité, de fluidité, d'accessibilité de l'offre de service en faveur de la population.** Comme vu précédemment, il renvoie également à **une exigence de correspondance/complémentarité/subsidiarité entre pratiques professionnelles.**

C'est dans le soutien continu à la mise en place et/ou au renforcement de ces correspondances entre « entrées d'acteurs » que réside la valeur ajoutée des réseaux locaux de promotion de la santé.

Dynamiser les parcours de santé sur le territoire, c'est déjà ce que font les réseaux depuis des années. Les questions se posent donc en termes de choix d'intervention, de priorisation de publics, de cohérence avec les schémas régionaux de santé, de capacité à croiser les pratiques, de valorisation et adaptation sur chaque territoire des initiatives réussies…

Les entrées d'acteurs

Habitants/usagers, structures/professionnels, décideurs/financeurs/élus locaux : trois entrées d'acteurs sont mises en avant pour caractériser le positionnement du coordonnateur.
Pour chacune d'entre-elles sont précisés les points clés et les leviers en présence.

1. Auprès des habitants/usagers --

Les coordinations sont fréquemment en contact avec la population, soit en direct, lors d'animations de groupe sur des thématiques de santé, soit par le biais de professionnels agissant en première ligne : centres sociaux, programmes de réussite éducative, chefs de projet politique de la ville, équipes du CCAS, conseillères en économie sociale et familiale, directeurs de structures sociales et médico-sociales…

Il est important de repérer les enjeux liés à l'accès aux soins et à la prévention et notamment les processus favorisant ces trajectoires : accès à des examens de santé, dépistage bucco-dentaire, recouvrements de droits, intégration à des programmes d'ETP, dépistage du cancer, programme de vaccination…

Les coordinations peuvent peser sur l'amélioration de ces parcours en s'appuyant sur des réalités de vie concrètes, documentées par les professionnels de proximité. Ce regard « ascendant » du parcours de santé est précieux. Il échappe à des biais parfois trop conceptuels et permet d'associer plus résolument les habitants à la recherche de solutions.

Les points clés	Les leviers en présence
- **L'information de la population : savoir à qui s'adresser** - **L'accès à une offre de service : accès à la prévention, au dépistage, aux soins spécifiques et primaires, aux droits, à l'information, à l'accompagnement social** - **La participation sociale**	**Le soutien à des actions de proximité** **La mobilisation des politiques communales ou intercommunales en présence** **Les cadres d'intervention : CLS, ASV, contrat de ville**

2. Auprès des structures / professionnels --

Dans leur rôle de relais-traducteurs, les coordinations sont en mesure de soutenir l'adaptation des pratiques professionnelles aux dynamiques territoriales. C'est d'ailleurs leur valeur ajoutée vis à vis des prises en charges spécialisées.

La complexité territoriale, et les enjeux sociaux, peuvent être confrontés à l'organisation sanitaire et sociale en présence. Cette confrontation « positive » doit, par exemple, permettre à des réseaux de soins de mieux appréhender l'ensemble des dispositifs existants (CLS, ASV, contrat de ville) et de repérer les leviers à intégrer dans leurs fonctionnements, conforter les professionnels de santé libéraux dans leur connaissance des relais environnants et la maitrise des processus d'interpellation, améliorer la concertation entre des directions communales et le champ hospitalier…

Dans cet esprit, des choix peuvent être effectués en fonction de l'existant sur chaque territoire; les coordinations peuvent être force de proposition, d'innovation, d'expérimentation.

Les points clés	Les leviers en présence
Faciliter les interactions locales entre structures **Rapprocher les logiques de parcours en présence** **Favoriser l'articulation des différentes coordinations existantes** **Trouver des portes d'entrées parcours de santé avec les établissements de santé, les Maisons de santé pluri-professionnelles, les réseaux de soin** **Amplifier les connaissances des différentes missions des coordinations en présence : réseaux, Maia, Clic, santé mentale, dispositifs de coordination handicap**	- **Des temps de concertation formalisés** - **Des formations croisées** - **Des actions partagées**



Zoom sur…

Diverses coordinations centrées sur la prise en charge des personnes peuvent bénéficier du savoir-faire « territorial » des coordinations RLPS - ASV. Repérer précisément les modalités d'approche les plus appropriées avec ces coordinations est un atout.

Les coordinations, quelques exemples …

- La **coordination gérontologique** : centres communaux d'action sociale, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les équipes médico-sociales des conseils généraux (équipe APA), Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et ceux portés par le secteur sanitaire : réseaux de santé « personnes âgées », hospitalisation à domicile, filière de soins gériatriques, équipes mobiles gériatriques (EMG), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

- Le champ du **handicap** : les services de soins et d'éducation spécialisés (SESSAD), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les MDPH

- Le champ de la **santé mentale** : les centres médico-psychologiques, les réseaux en santé mentale, les équipes mobiles, les SAMSAH-Psy, les conseils locaux de santé mentale, les groupes d'entraide mutuelle, les centres ressources handicap psychique

- Les programmes d'**Education Thérapeutique du Patient**

- Les dispositifs de **coordination spécifique** (cancer, diabète, cardiovasculaire) : centre régional de lutte contre le cancer, centre de coordination en cancérologie…

- Autres …

3. Auprès des décideurs / financeurs / élus locaux ---

Les coordinations ont l'opportunité d'animer ou de participer à différentes instances associant des élus et des partenaires institutionnels. Des dispositifs contractuels facilitent ces rencontres : CLS, ASV, contrat de ville. C'est l'occasion d'interpréter les stratégies existantes et de trouver des consensus forts sur les approches souhaitées en termes d'amélioration des parcours de santé.

Les comités de pilotage doivent se positionner sur des choix d'intervention, gradués dans le temps, en capacité de trouver des solutions opérationnelles : mieux suivre les parcours des personnes âgées au sein

des quartiers en géographie prioritaire, développer des partenariats entre la ville et un centre d'examen de santé, renforcer des approches collectives en matière de prévention sur une population cible, favoriser des rencontres régulières entre intervenants de champs divers, associer un réseau de santé mentale dans les politiques municipales en présence…

Les coordinations peuvent être force de proposition, en fonction des initiatives locales et des schémas régionaux et aider à cette priorisation.

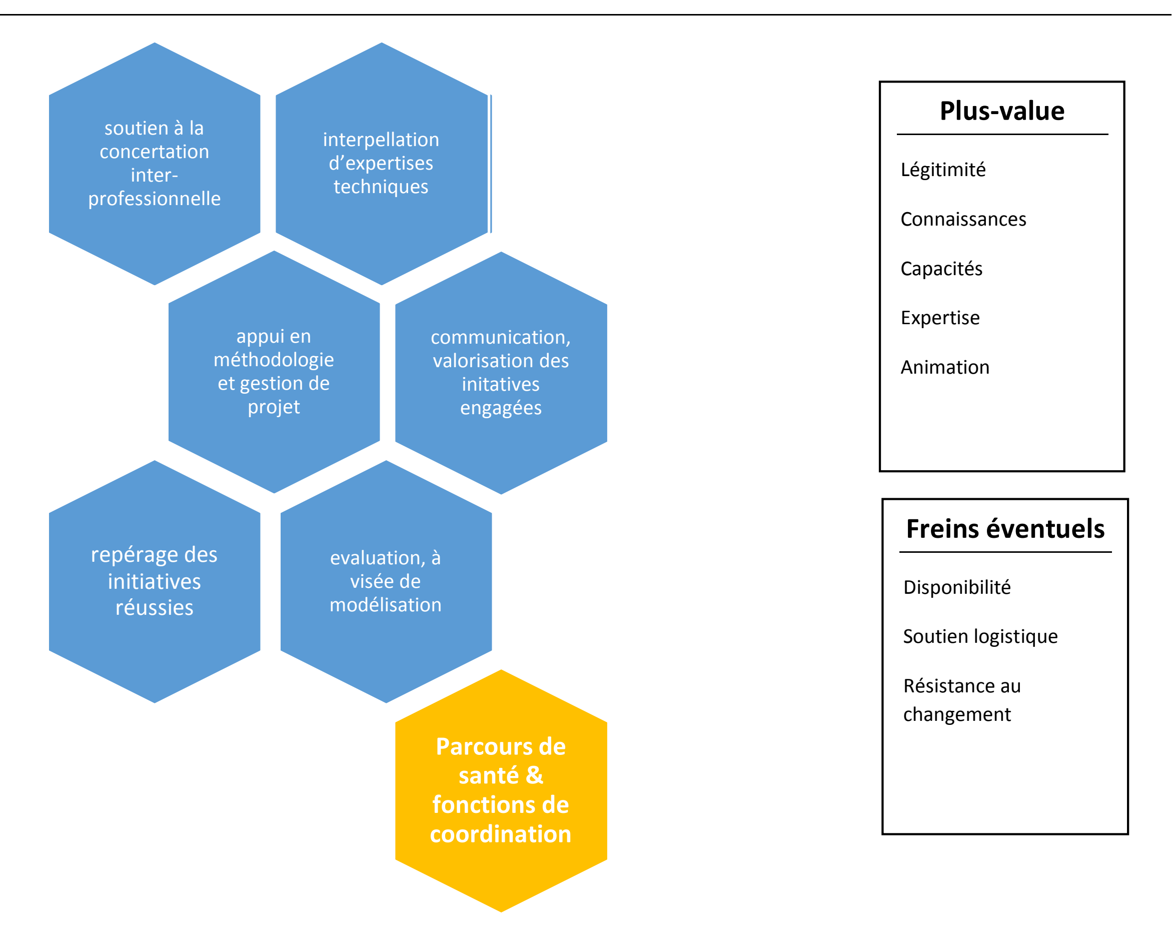
Les points clés	Les leviers en présence
Faciliter les interactions entre institutions, promouvoir des stratégies d'intervention communes **Repérer les complémentarités/subsidiarités entre collectivités locales et partenaires institutionnels** **Diffuser un argumentaire, socle minimal à des collaborations entre partenaires**	**Des diagnostics territoriaux disponibles** **Une vision exhaustive des stratégies partenariales en présence** **Le rôle des comités de pilotage et technique** **Le soutien stratégique et technique de l'ARS**

Parcours de santé et fonctions de coordination

Soutien à la concertation interprofessionnelle, interpellation d'expertises techniques, appui en méthodologie et gestion de projet, communication-valorisation des initiatives engagées, repérage des initiatives réussies, évaluation et modélisation : 6 fonctions sont ici précisées. Elles s'inscrivent dans une meilleure appréhension du parcours de santé et croisent des dimensions à la fois stratégiques et opérationnelles : constructions de partenariats et animation de réseaux, soutien méthodologiques à des équipes pluridisciplinaires, montage et suivi de projet, recueil de données, évaluation de bonnes pratiques et diffusion…

Des exemples d'intervention, les plus-values et les freins éventuels complètent cette présentation.

Les fonctions



Une fonction de soutien à la concertation interprofessionnelle entre acteurs de prévention, soin, médico-social

Les enjeux de santé affirmés dans le Plan régional de santé et déclinés localement représentent une balise, des repères pour les coordinations : addictions, santé mentale, environnement, cancérologie… Si les rapprochements entre acteurs et partenaires s'effectuent souvent de façon spontanée entre champs d'intervention, il est parfois utile de les renforcer, voire de les provoquer le cas échéant. Les coordinations ont cette légitimité à impulser, à initier des partenariats pertinents, dans un cadre de développement local en santé cohérent.

Modalités d'intervention : exemples



Promotion de temps de concertation/mise en perspective entre acteurs : MSP et PMI, Services hospitaliers et associations d'Activités physiques adaptées, Centres sociaux et réseaux de soins en diabétologie, associations d'habitants et réseau gérontologique, équipes du Conseil général et équipes du contrat de ville, réseau gérontologique et chefs de projets politique de la ville, médecins libéraux et équipe de la PMI

Votre plus-value : *légitimité pour initier ces rencontres, connaissance des différentes cultures et représentations professionnelles en présence, capacité à inscrire ces rencontres dans une logique et cohérence institutionnelle (ARS), capacité à repérer les attentes respectives, connaissance des projets et dossiers en cours et en émergence, connaissance des schémas régionaux*

Les freins éventuels : *lourdeurs institutionnelles, résistance au changement, stratégies des partenaires éloignées*

Une fonction d'interpellation d'expertises techniques

Les fonctions de repérage et d'incitation nécessitent l'apport d'expertises diversifiées. Celles-ci varient selon la situation partenariale et thématique. Les coordinations, soutenues par les Comités de pilotage, ont à leur disposition une palette d'expertises importante, qu'il convient de solliciter. Les coordinations ont un rôle d'aiguillage technique, d'autant plus performant qu'il s'applique dans un cadre partenarial stabilisé et volontaire en amont.

Modalités d'intervention : exemples



Intervention de référents techniques de l'ARS lors de rencontres destinées à l'élaboration de projets complexes, sollicitation des référents techniques du Département, de la Préfecture, mobilisation des directions et services communaux ou intercommunaux dans l'élaboration d'actions innovantes, interpellation des membres du Comité de pilotage local, sollicitation des expertises libérales et hospitalières

Votre plus-value : *un carnet d'adresse important, une capacité à ajuster l'expertise au bon moment, le soutien du comité de pilotage, la connaissance précise des politiques communales engagées, la connaissance des dispositifs divers de santé publique et de cohésion sociale, la capacité technique à les articuler, la connaissance du PRS et de ses schémas*

Les freins éventuels : *manque de disponibilité, confusion des missions, connaissance partielle des expertises à solliciter*

Une fonction d'appui en méthodologie et gestion de projet

L'accompagnement méthodologique de montage et gestion de projet est au cœur des savoirs faire des coordinations. Les porteurs peuvent bénéficier de cette compétence, nécessitant à la fois une vision stratégique du projet et une vision technique. Le positionnement en interface (politique et institutionnelle) des

coordinations permet d'éviter les malentendus entre porteurs et financeurs et sécurise le processus d'élaboration des actions.



Modalités d'intervention : exemples

Renforcement de la visibilité et de l'attractivité des objectifs communs poursuivis, apports d'éléments de méthodes éprouvés, sécurisation de l'implication du pilote dans un processus cohérent, inscription du projet dans une programmation locale/régionale cohérente.

Votre plus-value : *expertises en méthodologie de projet, maîtrise de l'animation collective, sens de la régulation, orientations vers des appels à projet, interpellation de l'ARS et autres partenaires*

Les freins éventuels : *risques d'émiettement des accompagnements, décalage entre l'accompagnement proposé et la décision finale de l'instruction …*

Une fonction de communication, de valorisation des initiatives engagées

Les coordinations ont cette capacité de valorisation des initiatives réussies et ou prometteuses : dans le cadre d'instances diverses, mais aussi via les réseaux communaux et intercommunaux. Cette mise en avant des acteurs est essentielle et participe à la promotion d'approches innovantes sur les territoires.



Modalités d'intervention : exemples

Diffusion des initiatives réussies au sein de votre réseau, utilisation de la presse communale, élaboration d'argumentaire en faveur des élus, des partenaires institutionnels, au niveau des lettres d'information internes au RLSP

Votre plus-value : *communication visant à l'appropriation d'une culture commune, cohérence par rapport aux politiques régionales de santé, valorisation des politiques communales engagées dans le soutien à l'organisation socio-sanitaire, attractivité du territoire renforcée*

Les freins éventuels : peu d'implication de la ville, peu de soutien des services communications, lourdeurs techniques

Une fonction de repérage des initiatives réussies au sein de votre ou hors territoire d'intervention

Les coordinations ont cette capacité d'appréhension générale des interactions entre acteurs et partenaires sur un territoire donné. Il est essentiel qu'elles puissent repérer d'une part les initiatives concourant aux collaborations entre champs d'intervention et d'autre part qu'elles les incitent à s'inscrire dans les enjeux et objectifs du Plan régional de santé. Les coordinations appuient et valorisent ces pratiques territoriales, ce qui implique une disponibilité importante pour entrer en contact avec les porteurs de projet, comprendre précisément les objectifs en présence, favoriser la recherche de cohérence avec la dynamique générale de l'environnement.



Modalités d'intervention : exemples

Actions concertées entre un CLIC et une MSP, un lien spécifique entre une direction communale et un pôle de service hospitalier, des collaborations entre une Pass et des chefs de projet Politique de la Ville, une collaboration entre un centre social et un programme d'ETP, une co-organisation d'une action de dépistage du cancer du sein entre MSP et Coordination régionale, un lien entre un programme de prévention bucco-dentaire et les dentistes de la ville, une mobilisation d'habitants pour accéder plus aisément à un bilan de santé…

Votre plus-value : *connaissance large des initiatives du territoire, vision des stratégies d'acteurs, réactivité face aux tendances émergentes, proximité avec les têtes de réseaux, échanges stratégico-politiques avec les élus et les équipes de direction, maîtrise des enjeux et évolutions hospitalières ...*

Les freins éventuels : *manque de temps, compétences mobilisées massivement sur des actions de prévention, pas assez de temps d'exploration des initiatives et structures porteuses*

Une fonction d'évaluation, à visée de modélisation

Au regard des diverses initiatives développées sur les territoires, la dimension de modélisation, d'adaptation plus précisément de réussites locales est centrale. Des temps réguliers d'échanges entre coordinations peuvent être mis à profit pour dégager les points de force repérés utiles aux applications locales.



Modalités d'intervention : exemples

Mesure d'impact d'une action de dépistage co-organisée avec le centre hospitalier, mesure des effets de prescription d'APA sur la ville, effets d'intégration de différents services vis-à-vis d'une action…

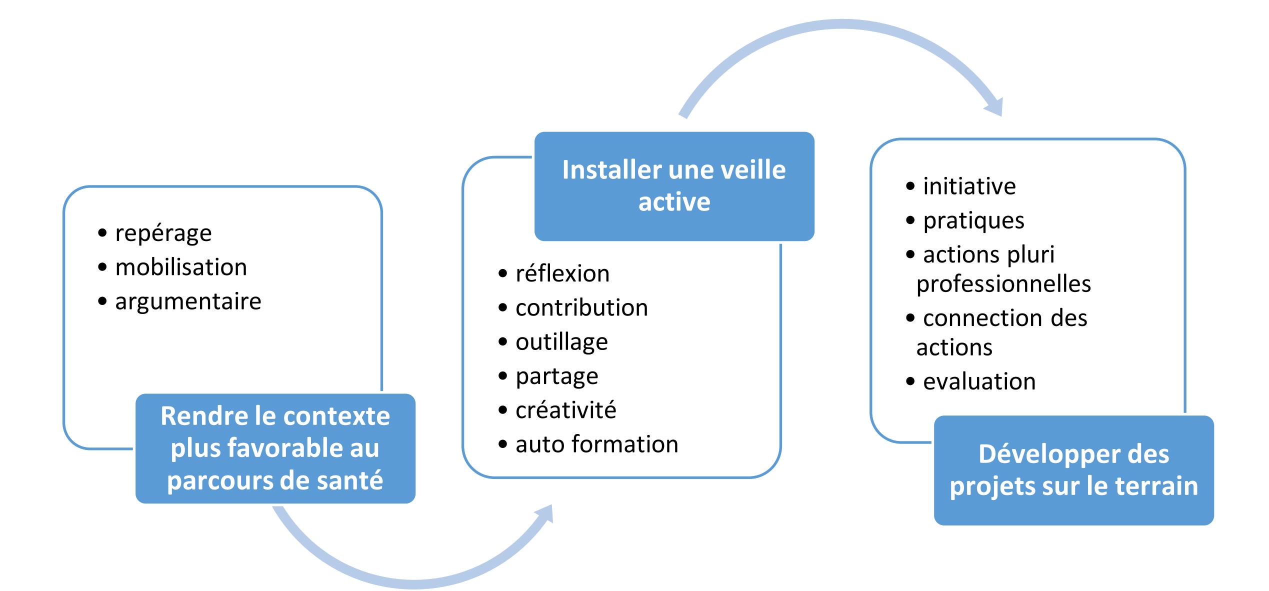
Votre plus-value : *capacité à évaluer les points majeurs de réussite ou d'échecs, capacité à réorienter les objectifs si nécessaires, réactivité à modifier les stratégies d'approches préconisées, capacité à analyser les conditions de réussites ou d'échecs de ces initiatives, capacité de transfert et d'adaptation des bonnes pratiques au sein du territoire*

Les freins éventuels

Manque de temps, complexité technique, déficit d'engagement des partenaires

5. UNE METHODE POUR LE TERRITOIRE

3 étapes pour développer l'approche « parcours de santé » sur le territoire :



1. Rendre le contexte plus favorable au parcours de santé

Activer son carnet d'adresses professionnelles

Repérer les leaders, têtes de réseau, relais de structures, d'institutions et d'associations susceptibles de s'impliquer

Investir les lieux où se croisent les professionnels de santé

Mobiliser les acteurs pour appréhender les parcours de santé

Partager l'argumentaire entre institutions et avec les acteurs issus de différents champs

Faciliter leur appropriation par le partage de définitions



Le coordonnateur et le continuum du parcours de santé

Une des plus-values du coordonnateur sur le parcours de santé : rapprocher le champ politique (favoriser les dynamiques ascendantes, collectives) avec les structures de coordination thématiques et spécialisées.

Le coordonnateur ne se substitue pas à l'existant ; il apporte son expertise sur la complexité territoriale en dégageant des pistes de réflexion ajustées, en adéquation avec les missions des uns et des autres sur les enjeux et le continuum du parcours de santé : prévention, soin, accompagnement.

2. Installer une veille active

Susciter une réflexion approfondie entre acteurs de champs différents

Contribuer à la mise en liens entre professionnels

Faciliter la mise en situation des différents acteurs, en capacité d'appréhender le parcours de santé

Renforcer les outils d'échanges d'information entre tous les intervenants autour de la personne (jeunes, adultes, personnes âgées)

Relever les contributions spécifiques de chacun des acteurs au profit d'un parcours de santé (ex : personnes âgées)

Contribuer à une meilleure lisibilité des dispositifs (ex : MAIA, CSAPA…)

Revisiter, lorsque le Contrat Local de Santé existe sur le territoire, la place accordée au parcours de santé et en repérer ses points forts

Cheminer pour développer des processus innovants, pratiques et utiles

S'inspirer de méthodes pratiquées ailleurs

Partager de nouvelles pratiques avec les autres acteurs du territoire

Prendre appui sur la volonté de professionnels engagés dans des pratiques novatrices
Apporter une aide à la mise en œuvre de nouvelles modalités de travail
Valoriser les auteurs de ces nouvelles pratiques

Renforcer l'expertise existante des coordonnateurs RLPS / ASV

S'autoriser des postures professionnelles créatives

Développer l'auto formation des coordonnateurs et autres acteurs relais

3. Développer des projets sur le terrain

1. **Etre à l'initiative d'échanges de terrain**
   Repérer les rencontres sur le territoire qui font état de points de rupture ou de points de convergence au sein d'un parcours de santé (jeunes enfants, adolescents, familles, personnes âgées…)
   Proposer rencontres, groupe de travail, échange de pratiques entre acteurs portant sur le parcours de santé
   Faciliter la reconnaissance des professionnels du champ social comme acteurs de santé

2. **Diffuser auprès des élus locaux une posture communale vers le parcours de santé**
   Introduire auprès des élus locaux la notion de parcours de santé

Investir les lieux facilitant une culture santé pour les élus
S'assurer du soutien des élus locaux et des institutions

Contribuer à identifier les points de rupture des parcours, à partir des thématiques localement les plus significatives sur le territoire : santé des jeunes, santé des seniors…

3. Faciliter, susciter les pratiques de santé communautaire

Centrer les approches sur les personnes bénéficiaires
Impliquer les personnes bénéficiaires des parcours

Mettre en lien de nouvelles ressources pour de nouvelles réponses aux habitants

Impliquer les référents santé de proximité, les relais locaux

4. **S'adosser sur les organisations relais**

Ces organisations correspondent, par exemple, à l'exercice coordonné en soins primaires (maisons de santé pluriprofessionnelles…) ou aux dispositifs de coordination des acteurs au sein des territoires de santé (réseaux de santé…).
Par leurs fonctions d'appui et d'organisation du travail des acteurs, elles sont des leviers pour engager les changements visés par les parcours de santé.

Les **animateurs** de ces organisations sont, par exemple, les promoteurs des regroupements pluri professionnels de soins primaires ou les responsables dans la mise en œuvre de projets de santé au sein de ces structures, les pilotes des MAIA ou encore les coordonnateurs des réseaux de santé.

5. Développer des actions pluri professionnelles

Alors que l'optimisation des parcours de santé suppose des changements dans la manière de travailler des acteurs sur le territoire, se doter d'une stratégie explicite qui vise prioritairement les maisons, les pôles ou les centres de santé pluriprofessionnels, et certains des réseaux de santé, parce qu'ils sont le type d'exercice qui permet le mieux d'engager une dynamique de travail collaboratif.

Mener des projets communs avec les équipes du contrat de ville, mobilisation du CCAS, de la CPAM, des équipes du Conseil général

6. Connecter les actions de prévention, les actions d'accès aux soins, au parcours de santé

Repérer parmi la liste des actions qui existent sur votre territoire, celles qui relèvent de l'accès aux soins. Parmi celles-ci, souligner celles qui sont validées, valorisées, évaluées.
Créer du lien entre actions de prévention, actions de dépistage, actions d'accès au soin

7. Evaluer les processus d'appropriation et d'opérationnalisation du parcours de santé

Créer des indicateurs d'évolution (d'amélioration) du parcours de santé
impact sur les ruptures de soin (exemple)



Se mobiliser pour des parcours de santé sans ruptures

« Se mobiliser pour des parcours de santé sans ruptures, c'est chercher à mieux coordonner l'ensemble des prestations sanitaires, médico-sociales et sociales pour mieux répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, en priorité pour celles souffrant de pathologies chroniques, de polypathologies ou de perte d'autonomie.

Cela découle du travail quotidien des acteurs avec, notamment, le renforcement ou l'émergence de nouvelles organisations pluriprofessionnelles centrées sur les personnes. »

HAS

6. LE PARCOURS DE SANTE, 3 NIVEAUX A INVESTIR

La culture « parcours de santé » peut être appréhendée selon trois niveaux, qui se complètent.
Au niveau local : la commune, le quartier, les acteurs de proximité (volontaires, motivés, mobilisés, novateurs, leadeurs…)
Au niveau territorial : le périmètre du réseau local de promotion de la santé.
Au niveau régional : la Haute-Normandie

A noter que les RLPS peuvent être à double niveau, local et territorial (ASV : niveau local)



Niveau local

Formalisation de temps de rencontres thématiques ou populationnelles

Valorisation des dynamiques partenariales en présence



Mobilisation des comités de pilotage et technique

Identifier 1 à 2 actions existantes intégrant un projet centré sur le parcours de santé



Promouvoir la réflexion régionale sur les parcours de santé, priorisation des objectifs

Alimenter un partage d'informations sur le parcours de santé

Interpeller le comité de pilotage régional sur des orientations liées au parcours de santé

Diffusion des bonnes pratiques entre acteurs régionaux

Elaboration d'une fiche de relevé des bonnes pratiques

Collecte par le Pôle de compétences en promotion de la santé de ces fiches – mise à disposition sur le site. Echange entre coordonnateurs des fiches synthètisées

7. NOUVELLES PRATIQUES : EXEMPLES

1. Contrat Local de Santé - Ville de Clichy-sous-Bois

Axe 1 **Renforcer les filières de soins et de prévention** **pour faciliter le parcours de santé des Clichois**

Fiche N° 2 **Renforcement du lien ville-Hôpital**	
Eléments de diagnostic local	Le constat est basé sur la nécessité d'accentuer la connaissance mutuelle des actions inscrites au sein de l'Hôpital, de la ville et notamment celle de l'ASV. De renforcer la complémentarité entre personnel hospitaliers, professionnels libéraux et acteurs de santé (associations, réseaux, institutionnels, ...). La démarche de mise en place d'un Plan local de Santé sur la ville peut donner aux acteurs l'opportunité de se rencontrer, d'échanger sur les différents axes de travail à approfondir et/ou développer : renforcement de la filière gériatrique, cohésion des actions d'ETP sur le territoire, information et lien avec les professionnels de santé, permettre une meilleure prise en charge des hospitalisations et des sorties de celles-ci, prévenir et anticiper l'hospitalisation de PA, développer des actions communes ASV-services de soins ambulatoire (CIDAG-CSAPA-Ecole de l'Asthme, …), mieux accompagner l'accès des droits de santé, mettre en place des indicateurs fiables et pertinents qui contribueront à une observation locale renforcée (épidémiologie…).
Porteur du projet	Ville et CHI Montfermeil
Publics bénéficiaires	Patients du territoire
Secteur(s) géographique(s)	Ville de Clichy sous Bois dans son ensemble
Objectifs généraux	➢ Permettre une meilleure prise en charge du patient ➢ Développer les informations, les modes de coopérations, les coordinations existantes
Objectifs opérationnels de l'action.	➢ Mettre en place de conditions favorables à une collaboration efficace entre les professionnels : connaissance et confiance réciproques, échange d'expertises et de vécus 'de terrain', mobilisation et réflexion sur des projets transversaux et des problématiques communes. ➢ Informer et sensibiliser la population à l'ensemble des services existants susceptibles de proposer, soutenir, informer, conseiller et aider les patients et leurs familles.
Description de l'action	• Développer les relations avec la future Maison de Santé Pluridisciplinaire et le centre de santé associatif et l'antenne de la CPAM • Mettre en place ou consolider des réseaux pouvant répondre efficacement, sur le territoire, à la prise en charge des patients : réseau gériatrique performant, MAIA, Oncologie, Pôle femmes–enfants, renforcer le lien des acteurs locaux avec le CSAPA, le CDAG,…
Acteurs impliqués	Ville de Clichy sous Bois, Hôpital, CPAM, Professionnels de santé salariés et libéraux

Indicateurs de processus	• Nature des coopérations : participation au groupe/ élaboration collective de la programmation • Déroulement des actions : prévu/réalisé • Communication : mobilisation de plusieurs outils de communication
Indicateurs d'activité	• Nb de réunions de la commission thématique : environ une par trimestre • Nb de partenaires invités, Nb de structures/services différents représentés • Nb d'actions : prévu/réalisé, Nb de participants aux actions
Indicateurs de résultats	• Pertinence des actions : nombre de personnes touchés, … • Renforcement de l'information
Action inscrite au CLS 2012	Non: Des actions de coopération à destination des publics ont été mises en place les années précédentes sur le territoire (diabète, asthme, accès aux droits, …)
Financements **Existants/ à développer**	A développer

Un peu d'histoire…

- Une ville qui s'engage au sein d'un contrat local de santé
- Un établissement de santé impliqué
- Les questions liées au parcours de santé traduites au sein de quelques fiches

Eléments d'analyse :

Une posture politique volontariste

Un ASV innovant

Une vigilance sur la démographie sanitaire

A retenir :

L'amélioration de la qualité des parcours de santé passe par un renforcement du travail sur les systèmes de coordination et d'information.

2. Maison des acteurs en promotion de la santé Seclin-Carvin

Un territoire de projet organisé, des éléments clefs, une gouvernance au service des parcours de santé

1 — Une gouvernance politique et technique

- Une gouvernance politique et institutionnelle de qualité du territoire est la condition de réussite majeure du projet
- **Comité de pilotage** : 2-3 rencontres/an

2 — Un programme phare centré sur l'alimentation et l'activité physique

Correspondance de l'ensemble des initiatives engagées sur le territoire :

- Projets de quartiers
- Initiatives habitants
- Service diabétologie
- Réseau EOLLIS
- Projet hôpital de jour (CH) d'évaluation des activités physiques adaptées et santé
- Association de Gym volontaire
- CLAN
- intervention dans les collèges et lycées et écoles

3 — Un temps fort annuel « Faites de la santé »

4 — Des expertises et des projets utiles au rapprochement prévention et soin

- **Suivi** tout au long de l'année des actions et initiatives engagées sur le territoire
- **En lien** avec les dispositifs territorialisés (PLP, Politique de la ville, APAS) et Centre Hospitalier
- **Valorisation de l'offre de soin et prévention** existante sur le territoire auprès de la population
- Proposition aux professionnels de modalités de participation, en lien avec les missions de leurs structures

5 — Une collaboration permanente avec la médecine de ville

6 — des espaces de santé identifiés à Seclin, Carvin

- Nombreux projets développés sur le territoire par les partenaires du Groupement Régional de Promotion de la Santé. Dans le cadre de l'étude-action, ceux-ci se proposent de **renforcer leur collaboration de terrain** aux côtés des acteurs locaux de la prévention et du soin

7 — Une ingénierie de qualité

- Le maintien continu d'une collaboration innovante avec les médecins de ville **centrée sur des actions concrètes**
- Associés sous le nom générique, *« Un **Label santé** pour nos villes »*
- **Relais** d'information et d'orientation ouverts à la population et aux professionnels
- **Suivi** et conception de projets de territoire
- Lieu de **veille** et d'évaluation continue

1 chargé(e) de mission, **coordonnateur** de l'ensemble du projet, en étroite collaboration avec le comité technique

Fédère les acteurs et partenaires associés dans la dynamique de l'étude action

Etude-action, les éléments pris en compte :

le périmètre territorial - les retours « habitants » - les temps forts existants - les complémentarités attendues entre acteurs - les actions déjà engagées - les communes motivées les priorités ARS - l'efficacité attendue du comité technique - les retours des médicaux - la levée des freins - la diversité des partenaires -

Un peu d'histoire…

- Une culture ancienne de la participation des habitants
- Deux villes qui mutualisent leurs moyens
- Un volet santé et politique de la ville développé

Eléments d'analyse :

Un lien naturel entre soins et prévention

Des habitants fortement mobilisés (faites de la santé !)

A retenir :

La création d'une maison des acteurs promotrice du parcours de santé

8. UNE PLACE POUR L'INNOVATION

Quelques pistes de réflexion…

- **La place du bénéficiaire**
  Centrer la démarche d'innovation sur le bénéficiaire, porteur de la finalité et du sens de ce secteur ; le bénéficiaire serait alors ce principe supérieur commun au nom duquel la variété des parties prenantes de toute démarche d'innovation dans le secteur sanitaire et social agirait et trouverait les éléments de légitimité et d'opérationnalisation de leur interdépendance.

- **Parcours de santé et participation**
  Reconnaître le bénéficiaire comme acteur partie prenante de l'élaboration, de la mise en œuvre des politiques publiques ; pour cela les pouvoirs publics et les acteurs de la mise en œuvre doivent ménager aux bénéficiaires des espaces démocratiques de consultation et de décision; ce qui suppose que ces bénéficiaires puissent se doter de ressources et de compétences pour être à même de participer à ces espaces (compréhension d'un langage) et être à même de produire et exprimer leurs propres demandes et intérêts.

- **Une pertinence dans les échelons d'actions**
  Il s'agit d'identifier les échelons d'actions les plus pertinents ; la pertinence doit être pensée en termes de proximité (pluri-dimensionnelle) et de spécificités de chaque territoire.

- **Des postures créatives**
  Les acteurs locaux doivent savoir adopter des postures créatives face aux cadres contraints et prégnants; il faut également que les pouvoirs publics autorisent les réaménagements, les expérimentations, les inflexions de ces dispositifs sur le terrain ; ainsi, en particulier, l'évaluation ne doit pas uniquement porter sur le résultat, mais aussi sur l'évaluation des processus d'interprétation, d'opérationnalisation et d'appropriation.

Source : Recommandations Modèle de l'innovation - HAS





Parcours de santé et dynamique territoriale en Haute-Normandie

Boite à outils



Agence LH conseil

Une boite à outils au service du parcours de santé

Pour une meilleure appropriation du parcours de santé :

1. Parcours de santé : positionner une définition
2. Les critères pour s'approprier une définition

Pour asseoir la légitimité du coordonnateur :

3. Les appuis disponibles
4. Les entrées d'acteurs
5. Les fonctions de coordination

Pour croiser les dispositifs et orientations existants :

6. Le référentiel RLPS / ASV
7. Le Contrat local de santé et le parcours de santé, une mise en mouvement
8. Parcours de santé et priorités régionales de santé

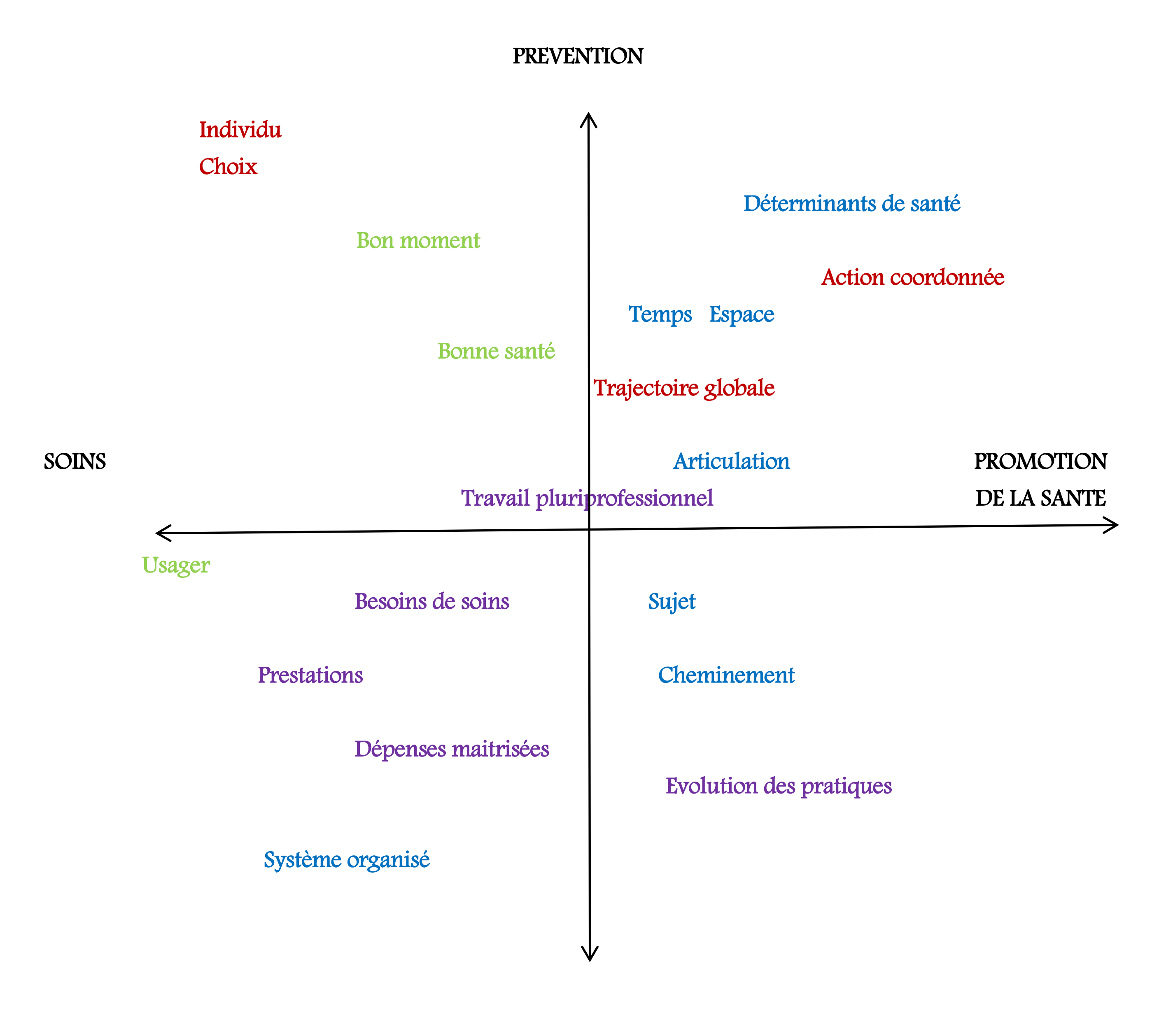
Pour visualiser et innover :

9. Parcours de santé et populations : exemple de visualisation (1)
10. Parcours de santé et populations : exemple de visualisation (2)
11. Interdisciplinarité & décloisonnements : relier les actions entre elles
12. Parcours de santé : relevé des bonnes pratiques

Mode d'emploi

*Imaginer les scénarios possibles, analyser, choisir… **Le Socio Style** offre une typologie générale, propose une variété de positionnements. Il décrit une segmentation particulière. Son support est cartographique ou structural. Choix de valeurs dominantes, thèmes les plus attractifs, courants les plus mobilisateurs, le Socio Style est une banque de données multisectorielles.*

Le placement des mots clefs liés aux différentes définitions du parcours de santé permet de mieux argumenter celle qui parait la plus appropriée au contexte.



Mode d'emploi

En parallèle des définitions proposées, quatre critères pour renforcer l'argumentation d'une définition et tendre vers son acceptation consensuelle.

1.
Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.
Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population, on peut repérer et organiser des typologies de parcours à priori.

2.
Le parcours de santé peut être défini comme l'ensemble des services médicaux et sociaux qui doivent être proposés, au bon moment, à un usager pour le maintenir en bonne santé: des étapes, une concertation, un trajet, une gradation des prises en charges, une diversité des secteurs professionnels sollicités et une coordination…

3.
Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico- social et le social.





Explicitation / facilité de compréhension pour tous

Pertinence / pratique professionnelle actuelle des coordonnateurs

Adaptation au contexte haut normand

Facilement partageable avec d'autres acteurs et d'autres champs



4.
Résultat de prestations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes dans le cadre de dépenses maitrisées. Leur organisation découle du travail quotidien des acteurs au sein d'organisations locales ou territoriales.

Ceci suppose l'évolution des pratiques de soins et le renforcement ou l'émergence de nouvelles organisations centrées sur le travail pluriprofessionnel.

Outil 3 **Les appuis disponibles**

Mode d'emploi

Plusieurs appuis peuvent être mis à disposition des coordinateurs :

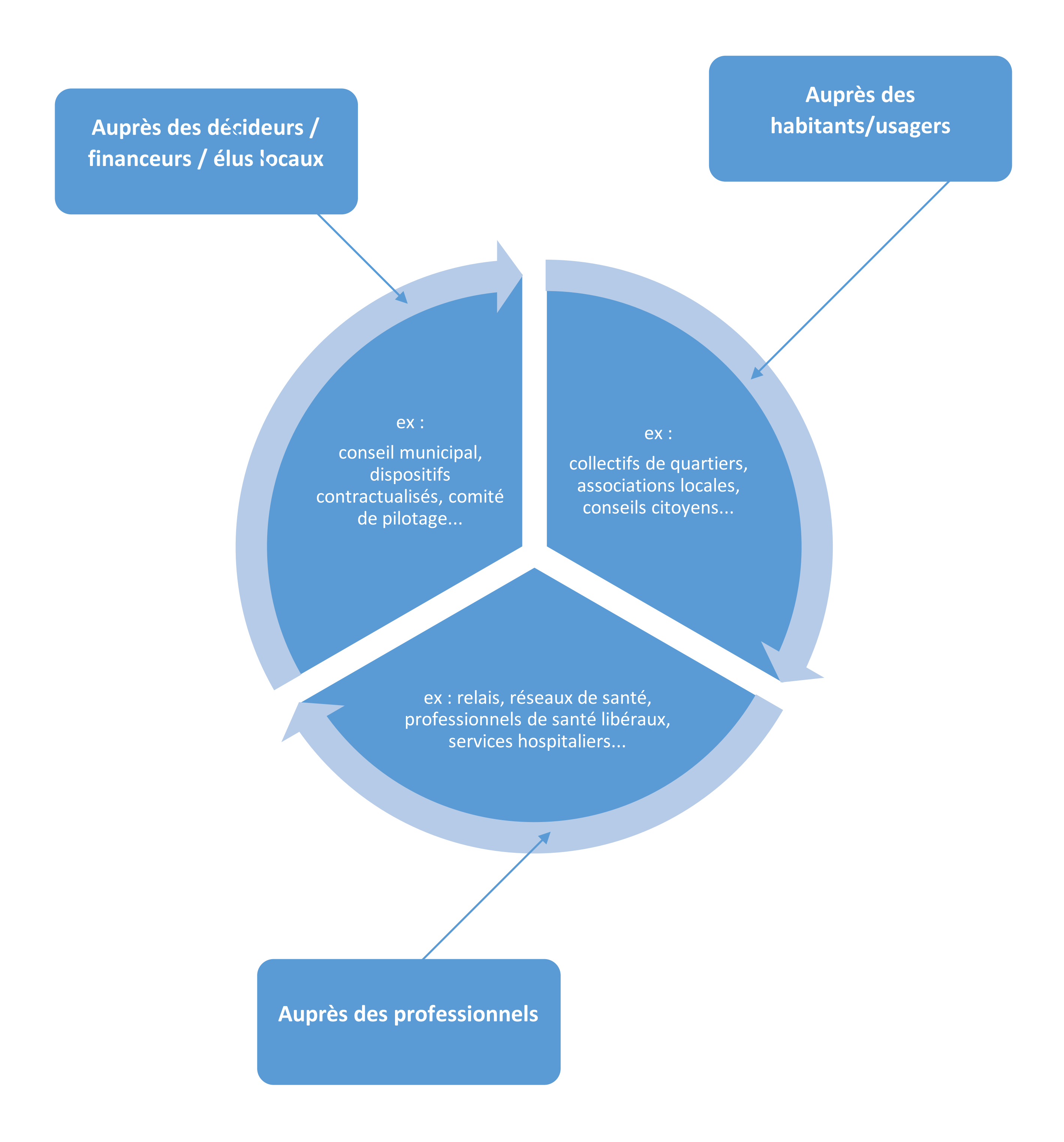
Les plus utilisés ? les plus adaptés ? les plus opérationnels ?

	Utilisation	Adaptation	Opérationnalité
	+ / -	+ / -	+ / -
▪ **Soutiens spécifiques et thématiques de l'ARS (référents, pôle de prévention et promotion de la santé…)**			
▪ **Interpellation des membres du Comité de pilotage régional**			
▪ **Appui du pôle régional de compétences en prévention et promotion de la santé**			
▪ **Appui des membres des comités de pilotage et technique locaux**			
▪ **Mobilisation des politiques et dispositifs propres aux collectivités territoriales et/ou centres hospitaliers**			
▪ **Exploration des interfaces entre dispositifs contractuels :** Atelier santé ville **-** Contrat local de santé **-** Contrat de ville **–** Agenda 21 **-** Projet territorial de cohésion sociale…			

▪ **Autres…**

Mode d'emploi

Favoriser la cohérence entre les entrées d'acteurs est un objectif recherché par les coordinations.
Alors que les entrées d'acteurs sont nombreuses, cet outil permet de repérer les interactions et complémentarités à promouvoir dans le cadre du parcours de santé.



Outil 5 — Les fonctions de coordination

Mode d'emploi

Ce que je fais déjà…En quoi cela concerne le parcours de santé…Chacune des fonctions de coordination peut être précisée au regard de ma pratique sur le territoire…

	Les liens avec ma pratique	
Fonctions	**Ce que je fais déjà… ?**	**En quoi cela concerne le parcours de santé… ?**
Soutien à la concertation inter-professionnelle entre acteurs de prévention, soin, médico-social		
Interpellation d'expertises techniques		
Appui en méthodologie et gestion de projet		

	Les liens avec ma pratique	
Fonctions	**Ce que je fais déjà… ?**	**En quoi cela concerne le parcours de santé… ?**
Communication, de valorisation des initiatives engagées		
Repérage des initiatives réussies au sein de votre ou hors territoire d'intervention		
Evaluation, à visée de modélisation		

Outil 6 Référentiel des RLPS / ASV et parcours de santé

Mode d'emploi

Pour prioriser les interventions des coordinateurs, le référentiel des RLPS – ASV de Haute-Normandie est un support important. Sa vocation de guide et son contenu proposent des pistes d'investigation auprès de structures professionnelles. A partir des extraits choisis, revisitez les modalités d'approche du parcours de santé !

Le référentiel des RLPS / ASV Extraits	Facilités ? Difficultés ?
Missions actuelles du coordonnateur /Référentiel **Actions visant à améliorer le parcours de santé des individus** L'amélioration de la santé, et **notamment pour les personnes les plus démunies, les plus éloignées du soin,** passe par le résultat des interactions entre la médecine de ville, les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les services sociaux… Un parcours de santé cohérent nécessite une articulation des acteurs. Articulé autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, ce parcours repose sur l'intervention d'acteurs du système de soin, de services médico-sociaux et sociaux, de collectivités territoriales, de services de l'Etat, d'organismes de protection sociale. **Pour assurer la cohérence et la continuité de ce parcours de santé, il est indispensable de :** - développer le partenariat enfance-jeunesse-famille et notamment poursuivre les rencontres inter-établissements scolaires en facilitant l'implication des autres acteurs œuvrant dans le secteur de l'enfance jeunesse (CAF, PMI, centres de loisirs, centres sociaux…) ; - renforcer les liens avec les CCAS, la CARSAT, l'assurance maladie et la protection sociale pour favoriser l'accès aux droits et l'accès aux soins ; - impliquer les établissements de santé et les professionnels libéraux aux travaux du RLPS afin d'assurer l'articulation prévention/soins ; - poursuivre la mobilisation des élus sur les questions de santé pour développer des environnements favorables à la santé, et donc améliorer la qualité de vie des habitants. Les collectivités territoriales disposent de nombreux leviers pour agir sur les déterminants : aménagement urbain, logement, cohésion sociale, petit enfance - mobiliser les professionnels de l'insertion et du social sur les questions de santé. - impliquer les acteurs du champ médico-social.	

Outil 7 Le Contrat Local de Santé et le parcours de santé, une mise en mouvement effective

Mode d'emploi

Le CLS favorise la légitimité du coordonnateur, le positionnement de ses missions, les entrées d'acteurs, le lien avec les coordinations spécialisées.

En quoi le CLS dynamise l'approche du parcours de santé ? Vos commentaires…

Quelques exemples en cours sur les territoires : zoom sur les actions

SAINT ETIENNE DU ROUVRAY

Evaluer la faisabilité d'un projet de Maison de santé
Evaluer la faisabilité d'une antenne de la permanence d'accès aux soins et de santé du CHU de Rouen Rive gauche
Mettre en place un réseau de professionnel et des outils d'information

CASE

Projet d'animation locale de l'offre de soins ambulatoire
Expérimentations autour de nouveaux modes de rémunération
Partenariat entre le RLPS et la coordination santé Seine Eure

CODAH

Proposer une prestation méthodologique pour structurer les projets des MSP
Initier des échanges entre professionnels pluridisciplinaires

DIEPPE

Faire un diagnostic de la situation médico-psychologique des personnes âgées pour lutter contre le recours tardif aux soins

EVREUX

Réaliser et suivre un annuaire
Renouveler l'information sur le dispositif CMU, CMUC, ACS
Organisation de temps d'échanges entre professionnels de différents champs

PONT-AUDEMER

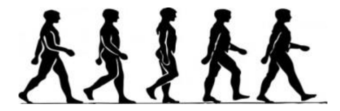
Améliorer les passerelles entre le centre hospitalier et la médecine de ville

ROUEN

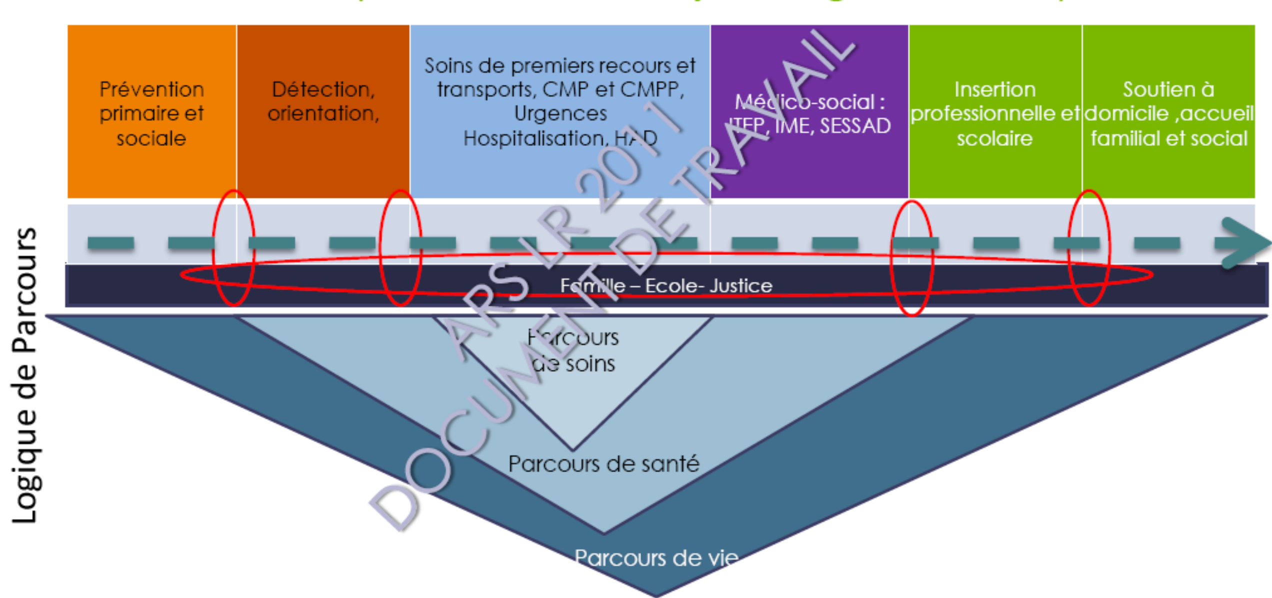
Les rencontres rouennaises de la santé
Concertation addictologie
Création de supports de communication

Mode d'emploi

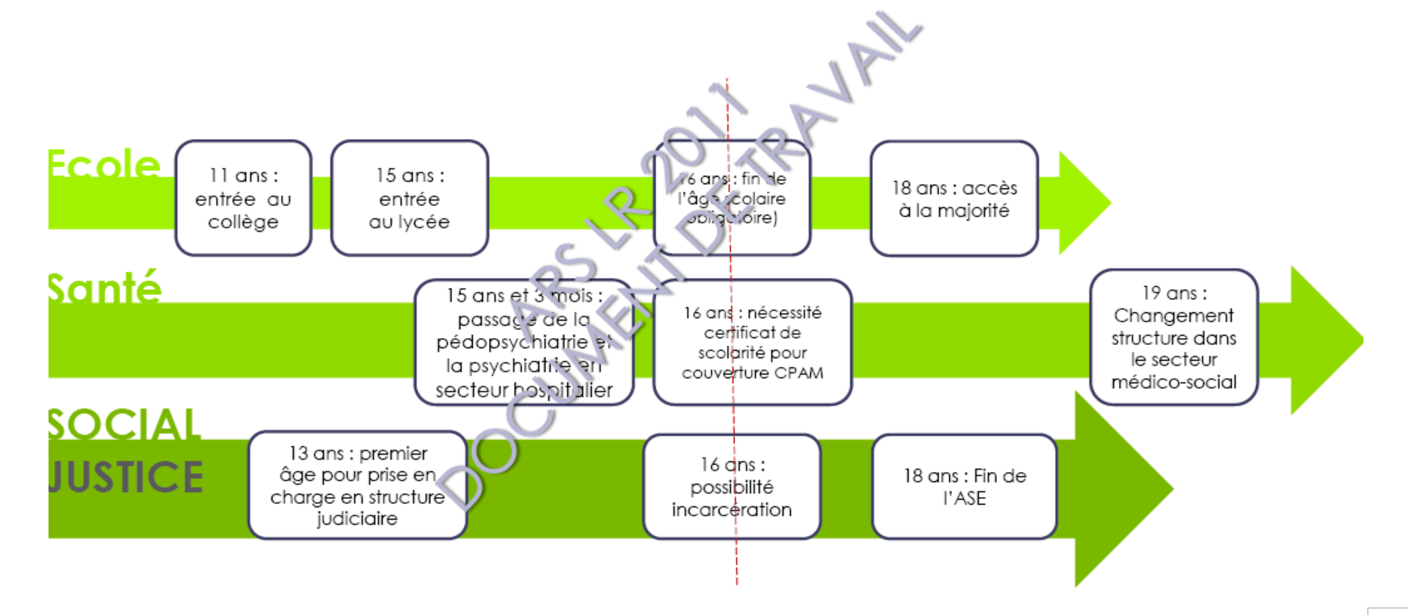
Le parcours de santé est l'objet de trajectoires, de portes d'entrée, de passerelles… De nombreux schémas tendent à expliciter ses différents positionnements d'un point de vue graphique.



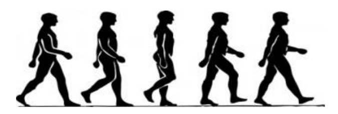
Santé mentale et adolescents



ARS Languedoc Roussillon



Outil 9 **Parcours de santé et populations : exemple de visualisation (2)**



Personnes âgées



Un parcours mieux coordonné

Une autonomie préservée

Meilleure coordination des professionnels

Autonomie respectée

Meilleur accompagnement

Education thérapeutique

Plan personnalisé de santé

Coordination territoriale d'appui

Transition ville-hôpital-EHPAD

Meilleure prise en charge

Annuaire des ressources

Identification des besoins de la personne

Messagerie sécurisée

Formations

Des outils spécifiques

Conception : Dicom - Juillet 2014

- Prévenir les facteurs de risque de perte d'autonomie
- Répondre aux besoins des aidants
- Eviter/diminuer l'hospitalisation
- Mieux préparer le retour à domicile

Outil 10 Parcours de santé et priorités régionales



Mode d'emploi

Il est utile de repérer où et comment les priorités régionales de santé se croisent localement avec les préoccupations du parcours de santé. Identifiez ces croisements !

Addictions

Promotion des CSAPA

Articulation avec les contrats de ville

Association des acteurs locaux en addictologie

Cancérologie

Soutien aux dispositifs de dépistage

Environnement

Soutien aux acteurs en éducation en santé environnement

Maladies chroniques

Soutien des réseaux de santé

Promotion des programmes d'ETP

Périnatalité et petite enfance

Promotion des actions sur la contraception

Renforcements des liens avec les pôles mères- enfants

Personnes âgées

Soutien aux aidants

Personnes âgées et politique de la ville

Précarité

Lien avec les PASS

Santé mentale

Lien avec le PRAPS

Lien avec les CMP

Lien avec les réseaux hospitaliers

Projet régional de santé

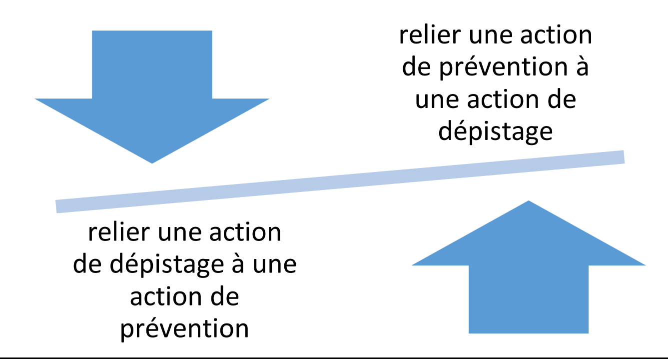
- Schéma régional de prévention
- Schéma régional de l'organisation médico social
- Schéma régional de l'organisation des soins

Outil 11 Interdisciplinarité & décloisonnements : relier les actions entre elles

Mode d'emploi

Le parcours se fonde sur la connexion entre acteurs et actions de santé pour le plus grand bénéfice des personnes. Il est alors souhaitable de mettre en évidence les continuités entre prévention - dépistage - soin…

Des exemples concrets aident à percevoir ces liaisons.



Relever des exemples d'actions reliant la prévention primaire à l'accès aux soins
(ex : hygiène buccodentaire et accès aux soins de santé dentaire)

Relever des exemples d'actions reliant la prévention primaire au dépistage
(ex : éducation nutritionnelle et dépistage des cancers)

Accès à la prévention

Information

éducation pour la santé

vaccination

accès aux dépistages

campagnes organisées

pratiques en santé communautaire

accès aux soins

accès aux droits

offres de soins

accès au médico-social

Outil 12 — Parcours de santé : relevé des bonnes pratiques

Mode d'emploi

Fiche de base pouvant alimenter la collecte de données qualitatives, ce relevé des bonnes pratiques facilite l'échange entre acteurs de territoires différents et le partage des expériences.

Territoire

Type d'acteur(s)

Type de pratique(s)

Type de résultat / optimisation du parcours

Modalités d'évaluation

Vers des modalités de déploiement ?

Les conditions d'adaptation à d'autres contextes locaux ?

S'appuyer sur des initiatives réussies

Prendre appui sur la volonté de professionnels engagés dans des pratiques novatrices
Identifier un ou plusieurs projets réussis
Documenter leur impact
Identifier les facteurs de succès et les difficultés rencontrées par ces professionnels
Mobiliser les promoteurs de ces projets pour participer à la communication et à la formation

Les **initiatives réussies** contribuent à l'identification des changements à envisager, de leurs conditions de réussite, des fonctions d'appui nécessaires.
Elles nourrissent la communication par l'objectivation de ce qui a fonctionné, comment, avec quels impacts sur les pratiques et les organisations, en veillant à une claire identification des facteurs locaux ayant favorisé la réussite du projet, et à une évaluation des obstacles qui ont dû être franchis ou des difficultés qu'il a fallu résoudre.